МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ВСЕСОЮЗНОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО
НЕВРОПАТОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСГОРИСПОЛКОМА
МОСКОВСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА № 4 им. проф. П. Б. ГАННУШКИНА

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ЛЕЧЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Тезисы научно-практической конференции врачей
психоневрологических учреждений г. Москвы
(17—19 мая 1978 г.)

Москва — 1978

Е. А. ДАНИЛОВА

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Детская психиатрическая больница № 6 (г. Москва)

Данная работа отражает результаты изучения 40 мальчиков в возрасте 9—16 лет, наблюдавшихся нами на протяжении последних 5 лет.

Обращает на себя внимание некоторое сходство клинической картины алкоголизма у детей с аналогичным заболеванием у женщин. Их сближает злокачественность течения с быстрым формированием наркоманического синдрома, а также рано наступающие личностные изменения, приводящие к социальной дизадаптации. Не все симптомы, характерные для клиники взрослых, встречаются у детей и подростков, а ряд симптомов носит рудиментарный характер. Чем младше ребенок, тем менее четко очерчены клинически признаки заболевания.

Самым постоянным симптомом является влечение к алкоголю. Оно формируется в более короткий срок, чем у взрослых (от нескольких месяцев до1—1,5 лет) и наблюдается у всех больных, но нередко больные его не осознают (14 случаев из 40). Однако положительные эмоции, проявляемые детьми при упоминании об алкоголизации, охотное и подробное повествование потаторов об употреблении и видах спиртных напитков, наконец, активность, проявляемая ими в поисках алкоголя, часто приводящая к совершению антисоциальных поступков (воровство, вымогательство, грабежи и т. п.) — все это свидетельствует о несомненном наличии у них влечения. Характерным является отсутствие борьбы мотивов на ранних этапах и неодолимый характер влечения.

По нашим данным дети впервые получали алкоголь в семье (16 наблюдений, из них 13 в дошкольном возрасте) или в компании старших подростков (24 наблюдения). Употребление алкоголя лишь некоторое время носит эпизодический характер, затем оно становится систематическим. Злоупотребляющие алкоголем дети проявляют большую активность в его добывании, что само по себе является признаком сформировавшейся физической и психиче-

ской зависимости больных от наркотика. Таким образом, бытового пьянства в полном смысле этого понятия в детском возрасте не существует.

Систематическое употребление алкоголя чаще происходит в компании даже в тех случаях, когда приобщение к его употреблению происходило в семье. Только у 6 подростков наблюдалось одиночное пьянство.

Рано наступает изменение реактивности организма, проявляющееся в быстро нарастающей толерантности к алкоголю, вследствии чего первоначальные дозы увеличиваются в 3—4 раза. С ростом толерантности угасает рвотный рефлекс на введение в организм алкоголя. У 9 больных наступала частичная амнезия событий периода опьянения. У большинства меняется тип опьянения: на смену эйфоричности и благодушию приходит мрачность, злобность и агрессивность.

У ряда больных отмечалось изначальное отсутствие самоконтроля за количеством выпитого алкоголя. Детям и подросткам хочется в компании казаться взрослыми, и они бравируя, часто пьют до наступления коматозного состояния. Таким образом, отсутствие самоконтроля не может считаться одним из признаков алкоголизма в этом возрасте.

Гораздо более важное диагностическое значение имеет потеря ситуационного контроля. По мере прогрессирования алкоголизма больные начинают приходить в пьяном виде домой, приводят к себе пьяную компанию, затем появляются в пьяном виде в школе. Таким образом, потеря ситуационного контроля является грозным признаком, свидетельствующим о снижении критики, утрате нравственных установок и наступившей деградации личности. Утрата ситуационного контроля наступает у детей и подростков через 1—2 года, что в 5—10 раз быстрее, чем у взрослых.

Абстинентный синдром наблюдался в 27 случаях. Он менее клинически очерчен, чем у взрослых, и характеризуется, в основном, сомато-вегетативными расстройствами в виде дискомфорта, слабости, жажды, тошноты. Реже наблюдались головные боли и головокружения. Аффективные нарушения как и расстройства сна, были единичными. Похмельный синдром развивался также значительно раньше, чем у взрослых, обычно через 1—2 года.

Особенностью алкоголизма детского и подросткового возраста может считаться отсутствие признаков поражения внутренних органов и периферической нервной системы. Характерным также является относительная редкость психозов и рудиментарный их характер.

На ранних этапах заболевания обостряются преморбидные особенности личности, к ним присоединяются аффективные нарушения в виде выраженной возбудимости со злобой и агрессивностью.

Психические нарушения определяются изменениями личности, выражающимися в эгоцентризме, нравственном огрубении, резком снижении круга интересов, отвращении ко всем видам труда, особенно умственного.

Усложняет клиническую картину нарастание органического психосиндрома (с общей психической инертностью, расстройствами памяти и внимания), своеобразие которого заключается в грубой некритичности, резко диссоциирующей с относительно сохранным интеллектом и особой «лености» мышления. В дальнейшем наступает эмоциональное потускнение со снижением моральных установок. Больные не признают авторитетов, общепринятых норм и законов, теряются связи со сверстниками, изменяется отношение к родителям. Больные становятся брутальными, бросают школу, проводят время в асоциальной компании, легко вовлекаются в различные конфликтные ситуации, приходят в столкновение с законом и нередко совершают противоправные действия.

По клинической картине психических нарушений и преморбидным особенностям личности больных можно разделить на 3 группы. К первой группе (18 больных) отнесены больные с патологическим (патохарактерологическим) развитием личности, элементами психической незрелости и явлениями нерезко выраженной интеллектуальной недостаточности. В клинической картине этих лиц преобладают аффективные нарушения: больные эйфоричны, беспечны, легкомысленны, склонны к истероформным реакциям. В то же время они раздражительны, гневливы. Они отказываются от любой работы, не хотят учиться. От патологических реакций в пубертатном возрасте эти состояния отличаются эмоциональным снижением и грубой некритичностью, выражающейся в полном отсутствии такта, в развязности и циничности. Они педагогически запущены, но при правильной организации труда — в состоянии освоить школьную программу.

Вторую группу составили 9 больных, у которых алкоголизм развился на органически неполноценной почве. Еще в преморбиде (до начала алкоголизации) у 6 больных отмечались определенные органические изменения личности. У 4 больных наблюдались эпилептические припадки. Их психическое состояние характеризовалось психоорганическим синдромом с дисфорическими расстройствами настроения. Больные были часто злобными и подозрительными. Интеллектуальные нарушения и снижения памяти у них были более выраженными чем у больных I группы. Экспериментально-психологическое исследование выявлено у них замедление темпа мышления, пресыщаемость, неспособность к волевому напряжению. Такие больные обычно бросают школу, бродяжничают.

Третью группу составили 13 больных, у которых в преморбидном периоде отмечались шизоидные особенности личности. Основным в клинической картине являлся своеобразный аутизм, что однако не препятствовало больным сохранить их связи с асоциальными компаниями. Работоспособность этих больных была резко снижена. Сочетание аутизма с падением психической активности и эмоциональным уплощением и нецеленаправленностью мышления заставляли дифференцировать эти состояния с вялотекущим шизофреническим процессом.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стр.

РАЗДЕЛ II

Вопросы клиники психических заболеваний

Стр.

РАЗДЕЛ III

Вопросы лечения и социальной реабилитации психически больных

РАЗДЕЛ IV

Вопросы психиатрической помощи детям и подросткам